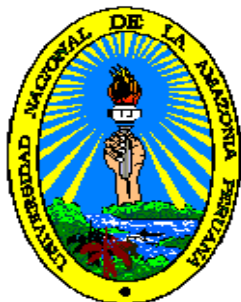


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“Rafael Donayre Rojas”



TITULO

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS, OBSTETRICAS Y CLINICAS DE LAS
CESAREAS DE EMERGENCIA REALIZADAS EN EL HOSPITAL II-1 DE RIOJA – SAN
MARTIN, ENERO – DICIEMBRE, 2014**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

Presentado por el Bachiller de Medicina Humana

ANDY RENGIFO PEÑA

ASESOR

Dr. Javier Vásquez Vásquez

Punchana – Iquitos

Perú

2015

INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	iii
Reconocimiento	iv
Índice de Tablas	v
Índice de Gráficas	vi
Resumen	vii
Capitulo I	
1. Introducción	2
2. Planteamiento del Problema	6
3. Objetivos	7
Capitulo II	
4. Marco Teórico	9
5. Hipótesis	21
6. Variables	22
7. Operacionalización de variables	23
Capitulo III	
8. Metodología	26
8.1 Tipo y Diseño de investigación	26
8.2 Población y Muestra	26
8.3 Técnicas e Instrumentos	28
8.4 Procedimiento de Recolección de Datos	28
8.5 Análisis e Interpretación	28
8.6 Protección de los Derechos humanos	28
Capitulo IV	
9. Resultados	30
10. Discusión	37
11. Conclusiones	39
12. Recomendaciones	40
Capítulo V	
13. Referencias Bibliográficas	42
14. Anexos	45

Dedicatoria

. A Dios y a mis Padres por el inmenso apoyo que me brindaron durante mis años de estudios en la Universidad Nacional de La Amazonia Peruana.

Reconocimiento

- Agradecer al Dr. Javier Vásquez Vásquez, por el apoyo que me brinda como Asesor para la realización de mi Proyecto de Tesis.
- Agradecer al Hospital II-1 de la Ciudad de Rioja – San Martín, por los datos proporcionados de las pacientes que fueron intervenidas por cesáreas de enero – diciembre, 2014.

Índice de Tablas

Tabla N ⁰ 1	Características sociodemográficas de las cesáreas de emergencia	30
Tabla N ⁰ 2	Características Obstétricas de las cesáreas de emergencia	31
Tabla N ⁰ 3	Morbilidad materna de las cesáreas de emergencia	32
Tabla N ⁰ 4	Indicaciones de las cesáreas de emergencia	33
Tabla N ⁰ 5	Complicaciones de las cesáreas de emergencia	36

Índice de Gráficas

Gráfica N°1	Prevalencia de Complicaciones de las cesáreas de emergencia	34
Gráfica N°2	Prevalencia de Complicaciones de las cesáreas de emergencia según Características de la madre	35

Resumen

Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de la cesárea de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de Rioja – San Martín. 2014

Bach. Andy Rengifo Peña

Introducción

En las últimas décadas se han incrementado las indicaciones de cesárea, muchas de ellas aparentemente innecesarias, lo cual ha provocado una práctica indiscriminada de dicho procedimiento quirúrgico, no exento de riesgos de morbilidad materna, hay un aumento de las cesáreas de emergencia, es por ello el objetivo de este estudio es conocer las características de las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de Rioja del departamento de San Martín.

Objetivo

Determinar las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de la cesárea de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de Rioja – San Martín, 2014.

Metodología

El presente es de tipo cuantitativo de diseño no experimental descriptivo transversal retrospectivo, evaluando 192 de 382 cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de la ciudad de Rioja en el 2014, revisando las historias clínicas y del informe operatorio.

Resultados

Las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de Rioja son más frecuentes en mujeres de 20 a 34 años (46.9%), convivientes (43.8%), procedente de la zona urbana (40.6%) y con nivel de instrucción secundaria (50.5%).

El 33.9% tienen antecedente de cesárea previa, el 39.1% son primíparas; el 68.8% son a término y el 65.1% con 6 a más controles prenatales.

El 63.5% de las mujeres con cesáreas de emergencia han presentado alguna morbilidad durante el embarazo, siendo las principales: anemia (60.4%), infección urinaria (51.6%) e hipertensión inducida en el embarazo (25.0%).

Las principales indicaciones de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo (24.0%), desproporción cefalopélvica e hipertensión inducida del embarazo.

El 9.9% de las cesáreas de emergencia presentaron alguna complicación, con mayor prevalencia en las menores de 20 años de edad (21.7%), nulíparas (18.2%), y procedencia rural (17.8%).

Las principales complicaciones de las cesáreas de emergencia fueron infección de herida operatoria (3.1%), atonía uterina (2.1%) y hematoma de pared (2.1%).

Conclusiones

Se debe evaluar los criterios del sufrimiento fetal agudo, desproporción cefalopélvica e hipertensión inducida del embarazo para una mejor decisión de la cesárea de emergencia.

Palabras claves: Cesárea de emergencia, características, Rioja

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

Cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción (vivo o muerto) a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina después que el embarazo ha llegado a la semana 27 de gestación o mayor, es imprescindible cuando la madre o el feto están en riesgo ^{1,2}.

En los últimos años, la cesárea se ha convertido en la operación obstétrica más frecuente, su incidencia oscila entre 20 y 60% de todos los nacimientos, según algunas estadísticas ³, este considerable y progresivo aumento en la frecuencia de cesárea, antes sólo reservada para situaciones en que el parto vaginal ponía en riesgo a la madre o al feto ⁴.

Dentro de las recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento, señaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se establece que no existe justificación en ninguna región geográfica específica para tener más de un 10 a 15% de cesáreas ⁵. La tasa de partos por cesárea ha aumentado consistentemente en todo el mundo durante los últimos 50 años, alcanzando en la actualidad cifras del 30% de los nacimientos. Esta tasa es extremadamente variable entre distintos países e incluso entre distintas regiones así como, entre diferentes centros médicos en una determinada región o ciudad ⁶. Esto sugiere algún nivel de responsabilidad ante la ausencia de normativas definidas en los sistemas de salud de la mayoría de los países. En efecto, su aumento no ha sido relacionado con una clara disminución de la morbilidad materna o neonatal ⁷.

Entre 2004 y 2005, se realizó la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS en 24 regiones de ocho países de América Latina. En la encuesta se obtuvieron datos de todas las mujeres que ingresaron para tener el parto en 120 instituciones seleccionadas al azar. La mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33% y la tasa más alta de partos por cesárea observada en hospitales privados fue del 51%.⁸

Las causas del aumento en la tasa de cesáreas es multifactorial pero existe una clara tendencia al incremento de primeras cesáreas junto a una disminución de partos vaginales post cesáreas y un notorio decrecimiento en la tasa de partos instrumentales ^{9,10}. El aumento en la tasa de inducciones o ingreso a la maternidad en etapas precoces del trabajo de parto, también han sido asociadas a mayor tasa de cesáreas. En efecto, el diagnóstico

“Falta de Progreso del Trabajo de Parto” ha pasado a ser la primera causa de esta intervención ¹¹.

La legalización de la medicina, con la correspondiente aprensión de los prestadores a ser objeto de demandas y los efectos que de ello deriva, es otro factor que lleva a un aumento en el número de cesáreas ¹² así como la disminución en la tasa de partos con fórceps y vacuum ¹³. La monitorización fetal intra parto con el registro electrónico de la frecuencia cardíaca fetal, también ha sido asociada con un incremento en la tasa de cesárea sin un claro beneficio en los resultados perinatales ¹⁴.

Es clara la preferencia de la cesárea sobre el parto vaginal entre las gestantes, principalmente condicionada por el temor al dolor, disfunción sexual, entre otros, independientemente de su nivel sociocultural o económico, al igual que la influencia que pueden tener dada por el equipo médico involucrado en la asistencia del parto; sin embargo, los efectos lesivos de la realización de una cesárea sin indicación obstétrica que la medie, están siendo discutidos en las últimas décadas, en virtud del evidente aumento en las tasas de morbilidad asociada relacionadas con este procedimiento ¹⁵.

La cesárea urgente es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o el feto con riesgo vital o del pronóstico neurológico fetal. Las indicaciones para una cesárea de urgencia varían desde un estado fetal comprometido a situaciones menos urgentes como la desproporción cefalopélvica o falta de progresión del trabajo de parto. Tanto la salud de la madre como la del feto son importantes cuando se administra una anestesia para cesárea de urgencia. En situaciones de emergencia, un enfoque multidisciplinario es fundamental para asegurar un mejor resultado a la madre y el feto, así como una experiencia agradable a la paciente ¹⁶.

El estudio realizado por la OMS en el 2005 ¹⁷ en el Perú muestra que las principales causas de cesáreas en el MINSA son desproporción cefalopélvica, cesárea previa, presentación podálica, sufrimiento fetal agudo y preclampsia/eclampsia; mientras que en EsSALUD las cesáreas previas son la principal causa seguida de la desproporción cefalopélvica, seguidas de las otras mencionadas.

El aumento de las cesáreas tiene repercusiones en diferentes niveles, tales como costos hospitalarios, incremento en días de hospitalización, uso de medicamentos y el aumento de la morbilidad materna con implicaciones en la población general ¹⁶.

Sin bien es cierto que hoy en día, las cesáreas son por lo general procedimientos con un alto grado de seguridad; no debemos olvidar que cualquier tipo de cirugía conlleva riesgos como: aumento del sangrado (que podría requerir una transfusión de sangre), infecciones de herida operatoria, daño accidental al intestino y/o vejiga, reacción adversa a medicamentos, muerte materno-fetal (muy poco frecuente) y posibles daños al neonato. Además de tener presente las implicaciones médico-legales que obligan a justificar plenamente los riesgos de la ejecución de este procedimiento ¹⁸.

Existe un incremento sostenido en la tasa de cesáreas en todo el mundo. Datos recientes revelan que es la cirugía mayor más realizada en la actualidad; Existe evidencia clínica que muestra la necesidad de un internamiento más largo en el caso de los partos por cesárea; aumenta la probabilidad de muerte de la madre e incrementa la incidencia de infecciones y de tratamientos con antibióticos después del parto. Se sabe también que además de los riesgos inmediatos para la madre, se pueden generar mayores riesgos en partos posteriores a una cesárea, lo que incrementa la probabilidad de parto quirúrgico y, por ende, aumenta el riesgo de que la madre presente placenta previa, lo que eleva la probabilidad de muerte fetal en un siguiente embarazo.

En el Perú, como en muchos países en desarrollo, la tasa nacional de cesáreas esconde problemas extremos. Por un lado, cerca de la mitad de los partos no son institucionalizados, observándose para este grupo tasas de cesáreas cercanas a cero por ciento. Por otro lado, solo 6% de los partos se atiende en establecimientos privados de salud, observándose en este caso tasas de cesáreas cercanas al 50%. Estas cifras sugieren que los derechos reproductivos de la mujer están siendo afectados en dos direcciones según acceso a salud ¹⁹.

En el Hospital II-1 de Rioja del departamento de San Martín se reportaron en el 2014, 1989 partos de los cuales 696 fueron cesáreas, dando una tasa del 34.9%, de estas cesáreas 382 fueron consideradas de emergencias, considerando que la tasa de cesáreas de emergencia practicada en este hospital nos planteamos saber las características

sociodemográficas, obstétricas y clínicas de las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de Rioja – San Martín, enero – diciembre, 2014; con el propósito de llegar a un conocimiento clínico-estadístico para la toma de decisiones que permitan a la institución reducir los índices de las cesáreas.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de Rioja – San Martín, enero – diciembre, 2014?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de Rioja – San Martín, enero – diciembre, 2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer las características sociodemográficas (edad, estado civil, procedencia, nivel de instrucción) de las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín, enero – diciembre, 2014.
- Identificar las características obstétricas (cesárea anterior, paridad, edad gestacional, número de control prenatal) de las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín, enero – diciembre, 2014.
- Reconocer las características clínicas (co-morbilidad, indicaciones y complicaciones) de las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín, enero – diciembre, 2014.

CAPITULO II

4 MARCO TEÓRICO

a. Cesárea

La palabra Cesárea viene del latín "Caedere" (cortar), el nacimiento de una criatura por el corte de la pared abdominal proviene de los verbos latinos *caedere* y *secare*, que significan cortar. En la Roma Imperial a los recién nacidos por esa vía se les llamaba *cesons* o *caesares*. Sin embargo, el verdadero origen de su nombre ha sido objeto de múltiples y discutibles versiones. La más popular se desprende del nacimiento de Julio César, quien según Plinio el Viejo (23-79), vino al mundo y llevó su nombre por el útero escindido de su madre, *caesus*, que quiere decir cortado ³⁷. Otro posible origen deriva de las leyes romanas de Numa Pompilio, soberano de Roma entre los años 672 y 715 a.C.; ley que bajo los Césares habría tenido el apelativo de cesárea, y que imponía la extracción abdominal *post mortem* para salvar al feto. Sin embargo, en la época de Numa Pompilio no se consideraba humano al feto por nacer, y en el texto de esta ley se dice: "La *Lex Regia* prohíbe enterrar a una mujer, que ha muerto durante el embarazo, antes de extraerle el fruto por escisión del abdomen. Quien obra en contra de esto, destruye evidentemente la esperanza de un ser viviente". La obvia influencia del cristianismo, ha atribuido esta ley a Justiniano, emperador de Bizancio (527-565) ²⁰.

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero ²¹.

La cesárea consiste en la extracción por vía abdominal de un feto, vivo o muerto, con la placenta y sus membranas a través de una incisión hecha en el abdomen y el útero, a partir de la semana 27 de gestación ²².

b. Tipos de Cesáreas

Los tipos de cesáreas son: cesáreas programadas o iterativas, aquellas que ya tiene una indicación absoluta para su realización y la cesárea de urgencia que es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la

finalización del embarazo rápidamente. Dentro de éste apartado se encuentra un grupo heterogéneo de indicaciones con niveles de urgencia diferentes ^{23, 24}

c. Indicaciones de cesárea de emergencia

Se han reportado en la literatura que las indicaciones de cesáreas son ²⁵:

- Trabajo de parto anormal o distócico
- Desproporción feto materna
- Falta de progreso del trabajo de parto
- Deterioro fetal crónico o agudo
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa
- Prolapso de cordón
- Tumores malignos y benignos que obstruyen el parto
- Embarazo Gemelar (2do. Gemelo)
- Trabajo de parto con producto pélvico (evitar retención última de cabeza)
- Condiciones Materna o Fetales que ameriten interrupción del embarazo como trastornos hipertensivos sin condiciones cervicales adecuadas para lograrlo en corto plazo.

La cesárea de urgencia debe ser documentada usando el siguiente escenario estandarizado para permitir una comunicación clara entre los profesionales de la salud sobre la emergencia ²³:

- Riesgo inminente de la vida de la mujer o el feto (ejemplo: DPNI),
- Compromiso materno o fetal sin riesgo de vida inminente (ejemplo: RCIU),
- Sin compromiso materno o fetal, pero necesidad de parto más temprano (ejemplo: madre HIV positiva),
- Conveniencia del momento del parto a la mujer o al equipo médico (ejemplo: Rh negativa sensibilizada).

El Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido publicó en abril del 2004; las guías para la operación cesárea, siendo el objetivo principal resaltar los aspectos de éstas que pueden tener implicaciones para

los anestesiólogos y diferenciar entre una verdadera emergencia donde la vida de la madre o el feto son amenazadas y situaciones en las cuales no es una amenaza inminente a la vida; ésta la clasifica en 4 puntos con base en el bienestar del producto¹⁶.

Categoría I. Amenaza inmediata para la vida de la mujer o el feto. Se debe realizar la operación cesárea por bradicardia fetal severa, prolapso de cordón, ruptura uterina y pH fetal menor de 7.2.

Categoría II. Compromiso materno o fetal que no es una amenaza inminente para la vida. Hay un grado de urgencia para la finalización del embarazo a fin de evitar un mayor deterioro futuro de las condiciones ya sea de la madre o del feto. Por ejemplo, la hemorragia previa al parto, la falta en el progreso de trabajo de parto con compromiso materno o fetal.

Categoría III. No hay compromiso materno o fetal pero se requiere interrumpir el embarazo. Ruptura prematura de membranas y cesárea programada con trabajo de parto.

Categoría IV. Interrupción programada del embarazo adaptándose a la paciente y al personal. Cesárea electiva. En la cesárea urgente el tiempo seguro entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no deberá superar los 30 minutos (estándar internacional). En el caso de cesárea urgente o emergente el tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la intervención no debería ser superior a los 15 minutos.

d. Beneficios de la cesárea

El beneficio más importante para las pacientes sometidas a una cesárea es la potencial prevención de la patología del piso pélvico, reduciendo la incontinencia fecal y de orina y el prolapso uterino. Los estudios indican que el efecto benéfico de la cesárea sobre la incontinencia de orina es significativamente mayor que el del parto vaginal, pero que a largo plazo este efecto va desapareciendo. La duración y el impacto del efecto no están completamente aclarados, especialmente en madres mayores y multíparas^{26,27}.

Por otra parte, existe evidencia de que el uso del fórceps en el parto vaginal aumenta el riesgo de desarrollar incontinencia urinaria ²⁶.

Respecto de la función del esfínter ano-rectal, existe evidencia basada en estudios de casos y controles de que la cesárea electiva se asocia a un menor riesgo de desgarro del esfínter y menor porcentaje de incontinencia fecal en relación a la cesárea de emergencia y al parto vaginal ²⁸. La realización de una episiotomía media y la utilización del fórceps ha demostrado asociarse a una mayor tasa de lesión esfinteriana. Limitar esta práctica puede reducir la frecuencia de estas complicaciones ²⁶.

Otro potencial beneficio materno relacionado con la cesárea cuando es realizada en forma electiva se asocia a una menor morbilidad y mortalidad ²⁸.

Los traumatismos del parto como son, las fracturas y las lesiones nerviosas, se reducen en un 50% con el empleo de la cesárea ²⁸.

e. Complicaciones de las cesáreas

Ninguna evidencia sostiene la idea de que las cesáreas son tan seguras como el parto vaginal tanto para la madre como para el recién nacido. Por lo tanto existe un incremento en el riesgo del nacimiento por cesárea, la salud y el bienestar de la madre en el posparto y de su recién nacido. En lo referente a la cesárea electiva, el consenso de docenas de estudios evidencian que esas cesáreas electivas tienen un mayor riesgo para la madre y no es más seguro para el recién nacido. La cesárea cuenta con eventos inesperados, el riesgo de ciertas complicaciones incrementa con las cirugías acumulativas. Los estudios también muestran que con una historia de cesáreas previas, de siete a diez mujeres o más que se les permite tener labor de parto sin restricciones darán a luz por vía vaginal, tal evento permite que no sean expuestas al peligro de la cesárea ²⁹.

Durante muchos siglos, la cesárea ha conllevado una alta mortalidad materna. Actualmente, y gracias a los avances que ocurrieron a finales de siglo XIX y principios

de XX con la utilización de la anestesia, la cuidadosa asepsia en el acto quirúrgico y el descubrimiento de los antibióticos, la morbimortalidad ³⁰

Clasificación

1. COMPLICACIONES ANESTÉSICAS:

- Hipotensión
- Cefalea postpunción dural
- Otras menos frecuentes (Bloqueo dural completo, parada cardiorrespiratoria, Síndrome de Mendelson,

2. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS:

El riesgo de que se produzcan este tipo de complicaciones oscila entre un 1 y un 2 %. Son más frecuentes en las cesáreas urgentes, y el riesgo aumenta con la presencia de 1 o más cesáreas previas, los factores de riesgo son: prematuridad, existencia de trabajo de parto previo, presentación en plano bajo e inexperiencia del cirujano

- Desgarro de la histerotomía
- Lesiones vasculares
- Lesiones en el tracto urinario
- Lesión del intestino
- Lesiones nerviosas

3. COMPLICACIONES INFECCIOSAS:

Son las más frecuentes (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea. Además de factores de riesgo tales como trabajo de parto ya iniciado (el de mayor relevancia) o urgencia de la intervención, las complicaciones infecciosas se relacionan con la ruptura de membranas, el tiempo transcurrido con bolsa rota, el nivel socioeconómico, el número de tactos vaginales, la existencia de infección urinaria previa, la anemia o pérdida hemática importante, la obesidad (sobre todo en infecciones de pared), la Diabetes Mellitus, la anestesia epidural, la experiencia del cirujano y la técnica quirúrgica utilizada, la existencia de vaginosis bacteriana,

- Endometritis
- Infección del tracto urinario
- Infección de la herida quirúrgica
- Tromboflebitis séptica pélvica
- Otras menos frecuentes (bacteriemia, sepsis, absceso pélvico, peritonitis, fascitis necrotizante,...)

4. COMPLICACIONES HEMORRAGICAS POSTPARTO

Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal. La definición de HPP no está consensuada. Aunque parece que se suele definir como aquel sangrado vaginal mayor de 500cc tras un parto vía vaginal o mayor de 1000cc tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la parturienta.

La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna. Por su tiempo de aparición distinguimos entre:

- HPP precoz: (Suponen la mitad de los casos de HPP) Acontece en las primeras 24 horas postparto. Son las más agudas y graves y las que citaremos.
- HPP tardía: Acontece después de las primeras 24 horas postparto

5. COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS:

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). Son poco frecuentes, entorno al 0.52%, pero continúan siendo desde hace años la causa directa más frecuente de mortalidad materna en muchos países, debido probablemente a fallos en la identificación de los factores de riesgo trombótico, en establecer una profilaxis adecuada y un tratamiento correcto ante la sospecha clínica de ETE.

El embarazo conlleva un aumento del riesgo trombótico venoso, debido a la presencia de los 3 elementos de la triada de Virchow: hipercoagulabilidad

(aumentan los factores de coagulación I, II, VII, IX, X y disminuye la fibrinólisis), lesión del endotelio vascular durante el parto (tanto vaginal como cesárea) y estasis venoso producido por un aumento de la capacitancia venosa unido a una disminución del flujo sanguíneo venoso por compresión del útero gravídico.

Por otro lado las complicaciones o riesgos en el recién nacido en una cesárea de emergencia son producto de que pueden ser extraídos en forma prematura, pudiendo presentar problemas respiratorios o alimenticios; algunos podrán ser lesionados por el bisturí durante la cirugía.; tienen un 50% de los valores de Apgar más bajos, requieren cinco veces más frecuentemente asistencia respiratoria, y cinco veces más frecuente son admitidos a cuidados intermedios o intensivos; los recién nacidos de una cesárea pueden desarrollar cuatro veces más hipertensión pulmonar persistente, comparados con los nacidos vaginalmente ²⁹.

5.5 Antecedentes de investigación

FLORES y col. (2008) ³¹ estudiaron 580 mujeres embarazadas en el Hospital General de Zona número 6 (IMSS) de Ciudad Juárez, Chihuahua (México), de enero a junio de 2007. Las pacientes se dividieron en dos grupos: 222 con operación cesárea (grupo de casos) y 358 mujeres con parto vaginal. Los factores de riesgo relacionados con la cesárea fueron: tener más de 28 años de edad, antecedente de cesárea, embarazo complicado, sufrimiento fetal, desproporción cefalopélvica; consulta prenatal escasa, presentación fetal podálica, administración de oxitocina, líquido amniótico anormal, doble o triple circular de cordón; atención por médico ginecólogo con más de 16 años de experiencia y por residente, y atención médica en el turno vespertino. No hubo relación con edad a la menarquia, inicio de relaciones sexuales, índice de masa corporal, tabaquismo o adicciones. Los factores de riesgo relacionados con la operación cesárea fueron el antecedente de cesárea previa, atención por un ginecólogo con más de 16 años de experiencia o por un residente

TITA y col. (2009) ³² estudiaron una cohorte de pacientes consecutivos que se sometieron a operaciones cesáreas repetidas en 19 centros desde el año 1999 hasta 2002. De las 24.077 repeticiones de partos por cesáreas a término, 13.258 fueron realizadas electivamente; de esas, 35,8% fueron realizadas antes de completar las 39

semanas de gestación (6,3% a las 37 semanas 29,5% a las 38 semanas) y 49,1% a las 39 semanas de gestación. Una muerte neonatal ocurrió. Comparado con los nacimientos a las 39 semanas, los nacimientos a las 37 semanas y a las 38 semanas fueron asociadas con un incremento del riesgo en los resultados primarios (odds ratio ajustado para nacimientos a las 37 semanas, 2,1; intervalo de confianza 95% [IC], 1,7 a 2,5; odds ratio ajustado para nacimientos a las 38 semanas, 1,5; IC 95%, 1,3 a 1,7; tendencia de la P <0.001). Los porcentajes de resultados adversos respiratorios, ventilación mecánica, sepsis del recién nacido, hipoglucemia, admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales, y hospitalización de 5 días o más fue incrementado por un factor de 1,8 a 4,2 para nacimientos a las 37 semanas y de 1,3 a 2,1 para nacimientos a las 38 semanas. En conclusión los partos por cesáreas repetidas electivas antes de las 39 semanas de gestación son comunes y están asociadas con resultados respiratorios y otros eventos adversos neonatales.

LICONA (2009) ³³ determino las causas de cesárea más frecuentes en el Hospital Santa Bárbara Integrado (HSBI), para mejorar la atención que se brinda a las embarazadas durante los controles de embarazo y poder detectar tempranamente si ameritará intervención quirúrgica. Evaluó 159 historias clínicas de pacientes que dieron a luz en el HSBI durante los meses de enero a marzo del año 2008, el 30% de las pacientes tenían edades comprendidas entre 16 y 20 años, 44% eran primigestas, 25% tenían cesárea previa, de las cuales en el 74% la causa fue desproporción céfalo pélvica (DCP), la causa de la cesárea actual fue DCP en el 51% de los casos, se encontró que la prevalencia de cesárea es 170 por 1000. Las causas más frecuentes de cesáreas fueron; DCP, sufrimiento fetal agudo (SFA) y presentaciones anormales (pélvico y transversal) respectivamente.

QUISPE y col (2010) ³⁴ analizaron la tendencia de la “tasa de cesáreas” (TC) mensual en todos los hospitales de la Dirección de Salud (DISA) V Lima-Ciudad desde el año 2001 al 2008, y determinar los patrones característicos. Su estudio fue de tipo ecológico en el que se revisaron los reportes mensuales de todos los hospitales que prestan atención de partos en la DISA V Lima-Ciudad y se analizó la tendencia de la razón mensual de cesáreas o TC mensual (TCM = total de partos cesáreas atendidos en un mes * 100 / total de recién nacidos en el mismo mes) con el objeto de identificar sus patrones característicos. Encontraron que durante el periodo total del estudio la

TCM promedio fue de 36,9 % \pm 9,1% (rango: 16,5%-71,4%). Entre los años 2001 (TCM: 33,5% \pm 6,9%), y 2008 (TCM: 39,7% \pm 8,3%) se registró un incremento promedio del 6,9% \pm 7,0%, alcanzándose un incremento del 7,7% \pm 6,4% en el año 2007 (TCM: 43,5% \pm 9,8%). En la mayoría de los hospitales, se registró un aumento significativo de la TCM entre los años 2004 y 2005. Analizando la variación anual de las TCM se observó que éstas tienden a incrementarse en los meses de abril (37,9% \pm 9,7%) y septiembre (40,2% \pm 8,9%), ciclo que se ha repetido en la mayoría de los centros hospitalarios bajo estudio. Concluyen que la TCM de los hospitales de la DISA V Lima-Ciudad supera largamente el límite recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y durante los años de estudio ha mantenido una tendencia significativamente creciente.

PATIÑO (2011) ⁵ refiere que en el hospital de apoyo I-2 José Alfredo Mendoza Olavarría, la tasa de cesárea varió entre el 35 % y 49 % durante los años 2003-2005, mientras que el hospital I EsSalud registró una tasa del 45 % en el año 2006. Frente a esta realidad, se planteó el problema de investigación para determinar cuáles fueron los factores determinantes de la cesárea en los hospitales del departamento de Tumbes durante el año 2011. Con el objetivo de conocer los factores maternos y fetales asociados a la cesárea y la frecuencia de la operación, se realizó el estudio en las cesareadas de los hospitales del Ministerio de Salud y EsSalud de Tumbes durante seis meses. Las técnicas e instrumentos de recolección de datos fueron observacionales, utilizándose una ficha de recolección de datos que contenía los antecedentes personales y ginecoobstétricos de la gestante, así como datos fundamentales del recién nacido. Se realizaron entrevistas a las pacientes cesareadas, utilizando un cuestionario con preguntas estructuradas y no estructuradas, para reseñar los datos relacionados con la indicación de la cesárea. Se encontraron que en el Hospital del Ministerio de Salud, la edad promedio fue de 26,4 años, mientras que en el de EsSalud fue de 29,4. En cuanto al control prenatal, fueron gestantes controladas con más de 6 controles prenatales y con embarazos previos a quienes se les explicó el motivo pero no las probables complicaciones de la cesárea. Los recién nacidos en el hospital del Ministerio de Salud tuvieron en promedio un peso de 3194 g y un apgar de 9,1, mientras que en la seguridad social el peso fue de 3200 g y un apgar promedio de 9,2. La frecuencia de cesárea en el hospital de EsSalud fue de 58,76 %, y de 49,52 % en el MINSA.

MUÑOZ y col. (2011) ³⁵ el objetivo de su estudio fue conocer el comportamiento de la operación cesárea en los diferentes hospitales del sector salud en la ciudad de Aguascalientes y analizar las indicaciones durante un mismo periodo; plantearon un estudio descriptivo y transversal realizado en los cuatro principales hospitales de segundo nivel del sector salud del estado de Aguascalientes, que en conjunto suman 81% de la atención obstétrica del estado, entre el 1 de septiembre y el 31 de octubre de 2008. Se analizaron: indicación de la operación cesárea y su clasificación; embarazos previos, estado civil, edad gestacional, peso y Apgar al minuto del recién nacido y el método anticonceptivo indicado durante el evento. Durante el periodo de estudio se registraron 2,964 embarazos mayores de 29 semanas; de éstos, 1,195 se terminaron por operación cesárea con una tasa global de 40.3%. Se encontraron 45 indicaciones diferentes, lo que indudablemente refleja la gran diversidad de criterios en el personal médico institucional para programar la operación cesárea.

MANZANO (2011) ³⁶ determinar la incidencia y factores asociados a cesárea iterativa, en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales desde enero 2005 a diciembre 2009. Evaluó 584 partos de adolescentes multigestas. 264 correspondieron a cesáreas iterativas, lo que significó una incidencia de 45 cesáreas iterativas por cada 100 gestaciones (45%). El promedio de edad fue de 18.2 ± 1.1 años (14 a 19 años). Por modelo de regresión logística multivariante, se identificó como factor de riesgo la desproporción céfalo-pélvica (ORa, 166.39; IC95%: 60.25 – 459.53; $p < 0.001$), y como factores protectores el número de hijos vivos (ORa, 0.18; IC95%: 0.01 – 0.04; $p < 0.001$) y abortos (ORa, 0.08; IC95%: 0.04 – 0.16; $p < 0.001$).

MALATESTA (2013) ³⁷ determino las características demográficas y obstétricas de las cesáreas en el Hospital Regional de Loreto, entre Mayo a Junio del 2013; realizando un estudio de diseño descriptivo transversal retrospectivo, se evaluaron 189 gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto entre Enero a Mayo del 2013. Las gestantes cesareadas eran de edad fértil (59.8%), proceden de la zona urbana (75.1%), el 25.4% con antecedente de cesárea previa, con edad gestacional a término (76.2%), nulíparas (49.2%), con adecuado control pre natal (68.3%), de las 116 gestantes con antecedente de una gestación previa el 60.3% tuvieron un intervalo intergenésico de 2 a 5 años y el 15.5% menor de 2 años. El 59.3% de las cesáreas realizadas fueron de emergencia y el 40.7% programadas. Las principales indicación

de las cesáreas programadas fueron cesárea anterior (37.7%), DCP (14.3%), PE leve (14.3%). Las principales indicaciones de la cesárea de emergencia fueron los casos de enfermedad hipertensiva (19.6%), SFA (18.8%), cesárea anterior (9.8%), y DCP (9.8%). Concluye que las cesáreas de emergencia predominan en el Hospital Regional de Loreto, principalmente producto a enfermedad hipertensiva en el embarazo y sufrimiento fetal agudo.

REATEGUI (2014) ²² determino características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de la cesárea en el Hospital III Iquitos de EsSALUD; evaluando a 200 gestantes cesareadas de las 420 realizadas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD entre Enero a Julio del 2013, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, revisando la historia clínica, reporte operatorio e historia perinatólogica. Las cesáreas son en gestantes de 20 a 34 años de edad (60,5%); que proceden de la zona urbana (60.5%); convivientes (56.0%), de educación secundaria (62.5%); ama de casa (61.5%). Con antecedente de cesárea anterior (34.0%); pre termino (18.5%); multíparas (34.0%); con intervalo intergenésico de 2 a 5 años (71.5%); con control prenatal adecuado (66.0%). Presentan morbilidad durante el embarazo (44.0%); principalmente anemia (65.9%), ITU (55.7%), y vulvovaginitis (25.0%). El 22.0% de los recién nacidos tienen morbilidad perinatal, siendo prematuridad (84.1%), SFA (43.2%), RNBP (34.1%) y RCIU (31.8%). Las principales indicaciones de cesáreas fueron: cesárea anterior (34.0%), DCP (18.0%), SFA (17.5%) y pre término (15.0%). El 43.0% de las cesáreas fueron electivas y el 57.0% de emergencia. Las principales indicaciones de cesárea en las gestantes adolescentes fueron DCP (50.0%) y SFA (16.7%); en las gestante en edad fértil su indicación fue por cesárea anterior (37.2%), pre término (19.8%), DCP (14.9%) y SFA (14.0%); en las añosas fue por cesárea anterior (53.5%) y SFA (27.9%). Las cesáreas de emergencia fueron más frecuente en gestantes adolescentes (66.7%), gestantes añosas (65.1%), nulíparas (62.0%), primíparas (61.9%), periodo intergenésico < 2 años (59.0%) y control prenatal < 6 (60.3%). Concluye que las edades extremas, paridad e intervalo intergenésico factores que deben ser consideradas para detectar a gestantes con alto riesgo de cesárea y concentrar en éstas, una mayor vigilancia durante el control prenatal.

GALVEZ (2014) ³⁸ determino la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital "San José" del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013, para lo cual realizó un estudio

descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo; en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero – Diciembre 2013. La población está constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo y el espacio muestral corresponde a 160 pacientes. La información fue recolectada principalmente del libro de cesáreas de sala de operaciones, de las Historias Clínicas respectivas, así como del Libro de Registros que se encuentra en el Servicio de Ginecología-Obstetricia del hospital San José del Callao. Al analizar las 160 historias clínicas, se encontró que 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 81%, se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación. El 95% de los recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2 500 g. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las Indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9% , sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha , periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%. 7 La tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero-Diciembre 2013 fue de 42 % respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un leve aumento respecto al 40 % registrado en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18 % son cesáreas emergencia y el 24 % son de tipo electivas. Adicionalmente (a pesar que no fue el objetivo de esta investigación) se encontró que las 5 principales indicaciones de cesárea en el Hospital San José durante ese año fueron: Desproporción céfalo- pélvica y macrosomía fetal (12 %), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%).

5 HIPOTESIS

Según el diseño de estudio no experimental descriptivo, el presente estudio no requiere hipótesis.

6 VARIABLES

Variable Dependiente

- Cesárea de emergencia

Variables Independientes

- Características Sociodemográficas
 - Edad
 - Estado civil
 - Procedencia
 - Nivel de Instrucción
- Características Obstétricas
 - Cesárea anterior
 - Paridad
 - Edad gestacional
 - Número de controles prenatales
- Características Clínicas
 - Co-morbilidad
 - Complicaciones de la cesáreas

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Es el conjunto de características sociales y demográficas, de la unidad de estudio como su edad, procedencia, nivel de instrucción, estado civil.	Fecha de nacimiento registrada en el SIS o historia clínica	Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ocurrir la cesárea	Continua
	Estado civil registrado en el SIS o historia clínica	Estado civil: Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales Soltera: que vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con el padre. Conviviente: que convive con su pareja pero no tienen vinculo legal Casada: que tiene vinculo legal (civil) con su pareja	Nominal
	Dirección registrada en el SIS o historia clínica	Procedencia: se define como la dirección registrada en la historia clínica, debido a que es un estudio retrospectivo Urbano: que procede de la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Urbanomarginal: que procede de áreas alejadas del perímetro urbano. Rural: que procede de pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	Nominal
	Fecha de nacimiento registrada en el SIS o historia clínica	Nivel de instrucción: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos, tendrá 4 índices: sin estudios, Primaria, secundaria y técnica o superior. Sin instrucción: no curso estudios en un centro educativo Primaria: solo tuvo estudios en centro educativo primario pudo ser completa o incompleta. Secundaria solo tuvo estudios en centro educativo secundario pudo ser completa o incompleta. Técnica o superior: tiene estudios en centro educativo técnico o superior, pudo ser completa o incompleta	Nominal
CARACTERISTICAS OBSTETRICAS Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, como: antecedente de cesárea, paridad, edad gestacional, y control prenatal	Antecedente de cesárea anterior registrada en la historia clínica	Antecedente de cesárea: gestante que refiere haber presentado con anterioridad a la gestación actual parto por cesárea.	Nominal
	Formula obstétrica registrada en la historia clínica	Paridad: Se dice que una mujer ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), y que pesaron 500g o más, o que poseen más de 20 sem. de edad gestacional,	Nominal

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
CARACTERISTICAS OBSTETRICAS Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, como: antecedente de cesárea, paridad, edad gestacional, y control prenatal		tendrá 4 índices; nulípara, primípara, multípara y gran multípara Nulípara: 0 partos Primípara: solo tuvo 1 parto Multípara: tuvo entre 2 a 4 partos Gran Multípara: tuvo 5 a más partos	
	Edad gestacional registrada en la historia clínica	Edad Gestacional: Tiempo comprendido entre el primer día del último periodo menstrual o fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud. Pre término: Embarazo menor a 37 semanas y mayor o igual a 28 semanas. A término: Embarazo menor a 41 semanas y mayor o igual a 37 semanas. Post término: Embarazo mayor o igual a 41 semanas	Nominal
	Número de controles prenatales registrado en la historia clínica	Control Prenatal: Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción,	Discreta
CARACTERISTICAS CLINICAS Es el conjunto de enfermedades durante el embarazo e indicaciones de la cesárea	Morbilidad que afecta a la gestante y que está registrada en la historia clínica	Morbilidad materna: Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que agravan la condición de salud de la madre y que aumenta el riesgo de fallecer, estas pueden ser: enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, ITU, Anemia, DPP, etc.	Nominal
	Historia clínica Reporte operatorio	Indicación de cesárea: condición clínica-obstétrica que condiciona la extracción del feto por vía abdominal	Nominal
CESÁREA DE EMERGENCIA: extracción abdominal del producto en forma urgente a través de una cesárea	Historia clínica Reporte operatorio	Cesárea de Emergencia: gestante que ingresa con o sin trabajo de parto y por condiciones de comorbilidad u obstétricas pone en peligro el binomio madre-niño decidiendo una intervención de cesáreas	Nominal

CAPITULO III

8. METODOLOGIA

8.1 Tipo y Diseño de Investigación

El presente es de tipo cuantitativo de diseño no experimental descriptivo transversal retrospectivo

- Descriptivo: Porque describe las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín, enero – diciembre, 2014.
- Transversal: Porque evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio.
- Retrospectivo: Porque el evento (cesárea) ocurrió antes del inicio del estudio.

8.2 Población y Muestra:

a) Población

La población estuvo constituida por todas las pacientes que fueron intervenidas por cesárea de emergencia en el Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín, según la Unidad de Estadística del Hospital, entre enero a diciembre del 2014 se realizaron 696 cesáreas de las cuales 382 fueron registradas como cesáreas de emergencia.

b) Muestra

La muestra estuvo conformada por todas las pacientes que fueron intervenidas por cesárea de emergencia en el Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín, enero – diciembre, 2014, que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

c) Tamaño muestral

El tamaño de la muestra fue calculado a través de la fórmula para poblaciones finitas:

Cálculo del tamaño de la muestra = $n/(1 + (n/N))$

$$n = (Z^2)(p)(q)/e^2$$

Z = 1.96, valor de Z al 95% de confianza

p = probabilidad del 50%.

$$q = 1 - p$$

e = error estándar, que su valor es de 0.05

N = cesáreas de emergencias 382

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 384.16$$

$$TM = 384.16/(1 + (384.16/382)) = 192$$

La muestra estuvo conformada por 192 cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de la ciudad de Rioja entre enero a diciembre del 2014.

Los criterios de inclusión fueron:

- Cesárea registrada como de emergencia en la historia clínica.
- Historia clínica completa
- Informe operatorios

Los criterios de exclusión al estudio fueron:

- Historia clínica incompleta
- Presencia del informe operatorio incompleto
- Historia clínica con letra ilegible

El muestreo fue probabilístico, a través de los números aleatorios.

8.3 Técnicas e Instrumentos:

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación es la de recolección de información de fuente secundaria a través de la revisión de la historia clínica y del informe operatorio, los datos serán registrados en una ficha de recolección de datos; que consta de tres ítems, la primera donde se registra las características sociodemográficas, el segundo ítem sobre las características obstétricas y el tercer ítem sobre las características clínicas de las cesáreas de emergencia.

8.4 Procedimiento de recolección de datos:

Durante el internado en el Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín, 2014; se recogió la información sobre los datos de las cesáreas.

Los datos recolectados serán verificados con el asesor de la tesis, luego de ello se ordenarán según las variables a estudiar para su almacenamiento.

8.5 Análisis e interpretación de datos:

La información recogida fue ingresada en una base de datos creada con el software Excell y procesada con el SPSS 21.0, luego se procedió a realizar análisis univariado, los resultados se presentan a través de estadística descriptiva mediante tablas univariadas de frecuencias relativas y gráficos.

8.6 Protección de los Derechos Humanos:

Se ha revisado la declaración de Helsinki médica mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, nuestro estudio no es experimental, por lo cual no se experimenta y se mantiene la confidencialidad de la información.

CAPITULO IV

9. RESULTADOS

a) Características sociodemográficas de las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín, enero – diciembre, 2014.

El 46.9% (90) de las mujeres con cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de Rioja tienen entre 20 a 34 años de edad; el 43.8% (84) son conviviente, el 40.6% (78) proceden de la zona urbana de la ciudad y el 50.5% (97) de nivel instrucción secundaria (Tabla N° 1).

Tabla N°1
Características sociodemográficas de las cesáreas de emergencia
Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín,
Enero – Diciembre, 2014

Edad	Nº	%	Estado Civil	Nº	%
< 20 años	60	31.3%	Soltera	59	30.7%
20 a 34 años	90	46.9%	Conviviente	84	43.8%
35 a más años	42	21.9%	Casada	49	25.5%
Total	192	100.0%	Total	192	100.0%
Procedencia	Nº	%	Nivel de Instrucción	Nº	%
Urbano	78	40.6%	Sin estudios	17	8.9%
Urbanomarginal	69	35.9%	Primaria	44	22.9%
Rural	45	23.4%	Secundaria	97	50.5%
Total	192	100.0%	Técnica	24	12.5%
			Superior	10	5.2%
			Total	192	100.0%

b) Características obstétricas de las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín, enero – diciembre, 2014.

El 33.9% (65) de las mujeres con cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de Rioja tienen antecedente de cesárea previa, el 39.1 (75) son primíparas y el 28.6% (55) son nulíparas; el 68.8% (132) son a término y el 65.1% (125) con 6 a más controles prenatales (Tabla N° 2).

Tabla N°2
Características Obstétricas de las cesáreas de emergencia
Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín,
Enero – Diciembre, 2014

Antecedente de cesárea	Nº	%	Edad Gestacional	Nº	%
Si	65	33.9%	Pre término	44	22.9%
No	127	66.1%	A término	132	68.8%
Total	192	100.0%	Post término	16	8.3%
Paridad	Nº	%	Total	192	100.0%
Nulípara	55	28.6%	Control prenatal	Nº	%
Primípara	75	39.1%	0 a 5	67	34.9%
Múltipara	50	26.0%	6 a más	125	65.1%
Gran Múltipara	12	6.3%	Total	192	100.0%
Total	192	100.0%			

c) Características clínicas de las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín, enero – diciembre, 2014.

El 63.5% (122) de las mujeres con cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de Rioja han presentado alguna morbilidad durante el embarazo (Tabla N° 3).

Las principales morbilidades durante el embarazo fueron anemia (60.4%), infección urinaria (51.6%), hipertensión inducida en el embarazo (25.0%) y vulvovaginitis (19.8%) (Tabla N° 3).

Tabla N°3
Morbilidad materna de las cesáreas de emergencia
Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín,
Enero – Diciembre, 2014

Morbilidad materna:	Nº	%
Morbilidad materna:	122	63.5%
Anemia	116	60.4%
ITU	99	51.6%
HIE	48	25.0%
Vulvovaginitis	38	19.8%
Preeclampsia	15	7.8%
Enfermedades de la piel	12	6.3%
Eclampsia	10	5.2%
Síndrome gripal	8	4.2%
EIP	6	3.1%
Sífilis	3	1.6%
Cervicitis	3	1.6%
NO registro de Morbilidad materna:	70	36.5%

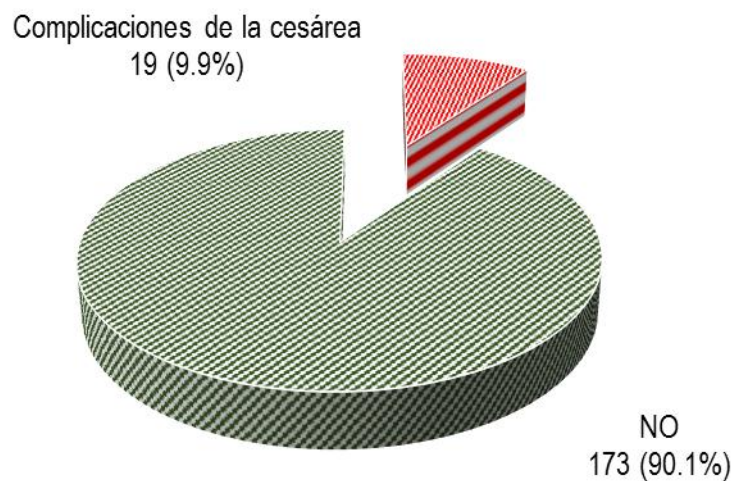
Las principales indicaciones de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo (24.0%), desproporción cefalopélvica (21.4%), hipertensión inducida del embarazo (13.0%) y cesárea anterior (12.5%) (Tabla N° 4).

Tabla N°4
Indicaciones de las cesáreas de emergencia
Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín,
Enero – Diciembre, 2014

Principal indicación de la cesárea de Emergencia	Nº	%
Sufrimiento Fetal Agudo	46	24.0%
Desproporción cefalopélvica	41	21.4%
Hipertensión Inducida del Embarazo	25	13.0%
Cesárea anterior	24	12.5%
Pre término	21	10.9%
Pre eclampsia	15	7.8%
Eclampsia	10	5.2%
Fase latente prolongada del trabajo de parto	7	3.6%
Desprendimiento Prematuro de Placenta	2	1.0%
Situación transversa	1	0.5%
Total	192	100.0%

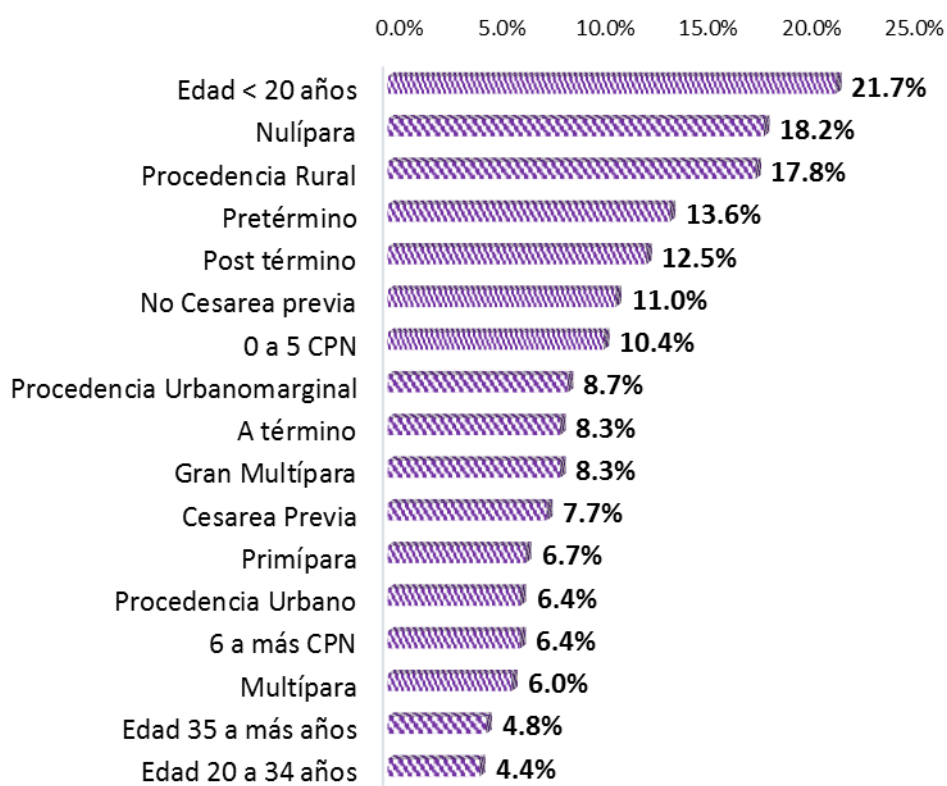
El 9.9% (19) de las cesáreas de emergencia presentaron alguna complicación (Gráfica N° 1).

Gráfica N°1
Prevalencia de Complicaciones de las cesáreas de emergencia
Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín,
Enero – Diciembre, 2014



La mayor prevalencia de complicaciones de las cesáreas de emergencia fueron en las menores de 20 años de edad (21.7%), nulíparas (18.2%), procedencia rural (17.8%), edad gestacional de pre término (13.6%) y post termino (12.5%), en la que no han sido cesareadas previamente (11.0%) y en las que tienen menos de 6 controles prenatales (10.4%) (Gráfica N° 2).

Gráfica N°2
Prevalencia de Complicaciones de las cesáreas de emergencia según
Características de la madre
Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín,
Enero – Diciembre, 2014



Las principales complicaciones de las cesáreas de emergencia fueron infección de herida operatoria (3.1%), atonía uterina (2.1%), hematoma de pared (2.1%), cefalea post anestésica (1.6%) e infección del tracto urinario (1.6%) (Tabla N° 5).

Tabla N°5
Complicaciones de las cesáreas de emergencia
Hospital II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín,
Enero – Diciembre, 2014

Complicaciones de la cesárea	Nº	%
Infección de la herida quirúrgica	6	3.1%
Hipotonía o atonía uterina	4	2.1%
Hematoma de pared	4	2.1%
Cefalea post anestésica	3	1.6%
Infección del tracto urinario	3	1.6%
Hemorragia	2	1.0%
Hipotensión	2	1.0%
Total de cesáreas	192	100%

10. DISCUSION

Las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de Rioja – San Martín, enero – diciembre, 2014; son más frecuentes en mujeres de 20 a 34 años, convivientes, ‘procedente de la zona urbana y con nivel de instrucción secundaria. MALATESTA ³⁷ en su estudio que lo realizó en el Hospital Regional de Loreto encuentra similar tendencia, gestantes cesareadas eran de edad fértil, proceden de la zona urbana. REATEGUI ²² en su estudio realizado en cesáreas realizadas en aseguradas de la ciudad de Iquitos encuentra similares tendencia de edad de 20 a 34 años de edad; procedencia urbana; convivientes, educación secundaria. LICONA ³³ encuentra con mayor frecuencia entre las edades de 16 y 20 años. FLORES ³¹ reporta que tener más de 28 años de edad es un riesgo para presentar cesárea. PATIÑO ⁵ encuentra una edad promedio de 26,4 años.

El 33.9% tienen antecedente de cesárea previa, LICONA ³³ encuentra que el 25% tenían cesárea previa. MALATESTA ³⁷ reporta que el 25.4% de las cesáreas tienen como antecedente de cesárea previa. REATEGUI ²² encuentra que el 34.0% de las cesáreas tienen antecedente de cesárea anterior

En el estudio predominaron las primíparas seguidas de las nulíparas; en el estudio de MALATESTA ³⁷ predominaron las nulíparas. REATEGUI ²² encuentra cesareadas con mayor frecuencia de multiparidad (34.0%)

Se encontró que el 68.8% de las cesáreas de emergencia son a término, MALATESTA ³⁷ encuentra similar tendencia con edad gestacional a término (76.2%), igual a lo reportado por REATEGUI ²²

Las cesáreas de emergencia fueron frecuente con 6 a más controles prenatales (65.1%), PATIÑO ⁵ encuentra con frecuencia cesareadas controladas con más de 6 controles prenatales. MALATESTA ³⁷ con similar tendencia de cesáreas con adecuado control pre natal (68.3%). REATEGUI ²² encuentra con mayor frecuencia cesáreas con control prenatal adecuado (66.0%)

El 63.5% de las mujeres con cesáreas de emergencia han presentado alguna morbilidad durante el embarazo, siendo las principales: anemia, infección urinaria e hipertensión

inducida en el embarazo; REATEGUI ²² encuentra principalmente anemia, ITU, y vulvovaginitis.

Las principales indicaciones de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo (24.0%), desproporción cefalopélvica e hipertensión inducida del embarazo. REATEGUI ²² encuentra que las primeras causas de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo, desproporción cefalopélvica y prematuridad. MALATESTA ³⁷ concluye que las cesáreas de emergencia son principalmente por enfermedad hipertensiva en el embarazo y sufrimiento fetal agudo. LICONA ³³ reporta como principal causa la desproporción céfalo pélvica seguida de sufrimiento fetal agudo. MANZANO ³⁶ identificó como factor de riesgo para una cesárea la desproporción cefalopélvica. FLORES ³¹ que los factores de riesgo fueron embarazo complicado, sufrimiento fetal, desproporción cefalopélvica.

La tasa de complicaciones fue baja, solo el 9.9% de las cesáreas de emergencia presentaron alguna complicación, no hubo fallecimientos, las que se complicaron con mayor frecuencia fueron las menores de 20 años de edad, las adolescentes tienen mayor probabilidad de complicaciones materno-fetales, nulíparas que se relacionan a desproporción cefalopélvica, con presencia de hipertensión y/o preclampsia y con edad de adolescentes; así mismo un mayor frecuencia de complicaciones fue la procedencia rural, probablemente al no control adecuado prenatal.

11. CONCLUSIONES

- Las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de Rioja son más frecuentes en mujeres de 20 a 34 años (46.9%), convivientes (43.8%), ´procedente de la zona urbana (40.6%) y con nivel de instrucción secundaria (50.5%).
- El 33.9% tienen antecedente de cesárea previa, el 39.1% son primíparas; el 68.8% son a término y el 65.1% con 6 a más controles prenatales.
- El 63.5% de las mujeres con cesáreas de emergencia han presentado alguna morbilidad durante el embarazo, siendo las principales: anemia (60.4%), infección urinaria (51.6%) e hipertensión inducida en el embarazo (25.0%).
- Las principales indicaciones de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo (24.0%), desproporción cefalopélvica e hipertensión inducida del embarazo.
- El 9.9% de las cesáreas de emergencia presentaron alguna complicación, con mayor prevalencia en las menores de 20 años de edad (21.7%), nulíparas (18.2%), y procedencia rural (17.8%).
- Las principales complicaciones de las cesáreas de emergencia fueron infección de herida operatoria (3.1%), atonía uterina (2.1%) y hematoma de pared (2.1%).

12. RECOMENDACIONES

Los hallazgos nos permiten recomendar

- El sufrimiento fetal agudo es la primera indicación de cesárea de emergencia, siendo recomendable evaluar los signos y síntomas para llegar al manejo temprano.
- Evaluar oportunamente la desproporción cefalopélvica para culminar el embarazo con una cesárea electiva y no de emergencia.
- Que en los protocolos de Ginecología - Obstetricia se señalen bien las indicaciones de la primera cesárea.
- Investigar razones de complicaciones en menores de 20 años para cesárea de emergencia.
- Disminuir las complicaciones más frecuentes: Infección de herida operatoria con profilaxis antibiótica.

CAPITULO V

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Fontaine E., Fontaine J., Simba P., Cutiño M. Morbimortalidad materna y neonatal en la cesárea primitiva. Arch. Med. 2006, 10(3).
2. Soto C., Teuber H., Cabrera C., Marín M., Cabrera J., Da Costa M., Araneda H. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto; Una vía hacia el parto natural. Rev. Chil.Obste. Ginecol. 2006, 71(2):18-103.
3. Caraballo L. S, García R. Y, Núñez A. A. Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: Clasificación previa y uso de antibióticos. Rev. Cubana Med. Trop. 2001, 53(2):106-110.
4. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global Survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006; 367:1819-29.
5. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011). www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_15-02_Esp_03.pdf
6. Ministerio de Salud Chile. Panorama de Salud 2013, Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros
7. Villar J., Valladares E., Wojdyla D., et al., Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006; 367: 1819-29
8. Abalos E. Técnicas y materiales alternativos para cesárea, Abril 2009. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004663_abalose_com/es
9. MacDorman M., Declercq E., Menacker F., Recent Trends and Patterns in Cesarean and Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) Deliveries in the United States. Clin Perinatol 38 (2011) 179-192
10. Boyle A., Reddy U., Epidemiology of Cesarean Delivery: The Scope of the Problem. Semin Perinatol 36:308-314
11. Barber E., Lundsberg L., Belanger K., Pettker C., Funai E., and Illuzzi J., Indications Contributing to the Increasing Cesarean Delivery Rate. Obstet Gynecol 2011;118:29-38
12. Minkoff H., Fear of Litigation and Cesarean Section Rates. Semin Perinatol 2012, 36:390-394

13. Korst L., Gregory K., Fridman M., Phelan J. Non clinical Factors Affecting Women's Access to Trial of Labor After Cesarean Delivery. *Clin Perinatol* 38 (2011) 193-216
14. Costantine, M., Saade G., The First Cesarean: Role of "Fetal Distress" Diagnosis. *Semin Perinatol* 2012, 36:379-383
15. Sánchez López D. Impacto de la cesárea sobre la salud materna y perinatal: Revisión sistemática. Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Ginecología Obstetricia. Universidad del Rosario. Bogotá D.C.2012
16. Martínez Salazar G. Criterios para el manejo de cesárea de urgencia. *Anestesiología en Gineco-Obstetricia*. 2013, 36(Supl. 1):S159-S162
17. Zavaleta Pimentel N., Inga Lozada M. Primera Encuesta Global de la OMS en Salud materna y perinatal 2005: Resultados del Perú. Instituto de Investigación Nutricional. Lima- Perú. 2007
18. Hirsch L. Cesáreas. [Sitio en internet]. Consultado en: 06 de Mayo de 2012. Disponible en: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/c_sections_esp.html#.
19. Arrieta A., Oneto A. ¿Quiénes ganan y quiénes pierden con los partos por cesárea? Incentivos médicos y derechos reproductivos", realizada en el marco del Concurso de Investigación CIES ACDI-IDRC 2006.
20. Delgado GG. Algunos aspectos históricos de la operación cesárea. *Cuadernos de Historia de la Salud Pública* 1998; 84: 13-25.
21. Schnapp C., Sepúlveda E., Robert J. Operación Cesárea. *Rev. Med. Med. Clin. Condes*. 2014; 25(6) 987-992]
22. Reategui Alván S. Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de la cesárea en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, Enero a Julio del 2013. Tesis para optar el título de Obstetra. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Científica del Perú 2014.
23. Valenti E. Guías de práctica clínica. División urgencias. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2005. Cesárea. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2006; 25 (4):178-183
24. Plaza A., Coll O., Protocolo de actuación ante cesárea urgente. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic de Barcelona. 2008:1-10.
25. Lepore G., Sampor C., Storni M., Pardo P. Incidencia y principales indicaciones de cesárea. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* 2005, 150: 9-12
26. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. State-of-the-Science Conference: cesarean delivery on maternal request. *Fed Regist* 2006;71:5341-6.

27. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. BJOG 2000;107:1460-70.
28. Salinas H., Naranjo B., Pastén J., retamales B. Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. Revista HCUCCh 2007; 18: 168 – 78
29. Los Riesgos del Nacimiento Por Cesárea Para La Madre y El Bebe. <http://www.partohumanizado.org/riesgos-de-la-cesarea-para-las-madres-y-los-bebes.html>
30. Manrique Fuentes G. Complicaciones de la cesárea. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones_cesarea.pdf.
31. Flores L., González G., Trejo J., Vega G., Cabrera C., Campos A., Navarro A., Navarro C. Factores de riesgo en la operación cesárea. Ginecol Obstet Mex 2008;76(7):392-7
32. Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, et. al. Eunice Kennedy Shriver NICHD Maternal-Fetal Medicine Units Network. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. N Engl J Med. 2009 Jan 8;360(2):111-20
33. Licona T. Causas de Cesárea en el Hospital Santa Bárbara Integrado. Rev. Fac. Cienc. Méd.2009:35-39
34. Quispe A., Santivañez-Pimentel A., Leyton-Valencia I., Pomasunco D. Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: Análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010; 27(1): 45-50,
35. Muñoz-Enciso JM, Rosales-Aujang E, Domínguez-Ponce G, Serrano-Díaz CL. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? Ginecol Obstet Mex 2011;79(2):67-74.
36. Manzano G. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Rev Horiz Med 2011;11(2):75)
37. Malatesta Zumaeta Brenda. Características demográficas y obstétricas de las cesáreas en el Hospital Regional de Loreto, Mayo a Junio del 2013. Tesis para optar el título de Obstetra. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Científica del Perú 2013.
38. Gálvez Liñan E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del Callao, periodo enero-diciembre 2013 Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina. UNMSM. 2014

14. ANEXOS

ANEXO N° 1
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS, OBSTETRICAS Y CLINICAS DE LA
CESAREA DE EMERGENCIA REALIZADAS EN EL HOSPITAL II-1 DE RIOJA – SAN MARTIN
ENERO – DICIEMBRE, 2014

1. Características sociodemográficas

Edad:..... Años

Estado civil: 1. Soltera 2. Conviviente 3. Casada

Procedencia: 1. Urbano 2. Urbano-marginal 3. Rural

Nivel de Instrucción: 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria

4. Técnica 5. Superior

2. Características Obstétricas

Cesárea anterior: 1. Si 2. No

Paridad: 1. Nulípara 2. Primípara 3. Secundípara 4. Multípara 5. Gran Multípara

Edad gestacional: semanas de gestación

Número de controles prenatales:

3. Características clínicas

Co-Morbilidad

Hipertensión arterial ()

Diabetes mellitus ()

Artrosis ()

Osteoporosis ()

Desnutrición ()

Enfermedad renal ()

Mioma ()

Neoplasia ()

Otros:

Indicación de la cesárea

• Fase latente prolongada del trabajo de parto ()

• Desproporción cefalopélvica: ()

- Presentación podálica: ()
- Situación Transversa: ()
- HIE: ()
- Pre eclampsia: ()
- Eclampsia: ()
- SFA: ()
- Pre término: ()
- Placenta previa: ()
- DPP: ()
- Gemelar: ()
- Otros:.....

ANEXO N° 2
PREVALENCIA DE COMPLICACIONES SEGÚN CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS Y CLÍNICAS DE LA CESAREA DE EMERGENCIA
REALIZADAS EN EL HOSPITAL II-1 DE RIOJA – SAN MARTIN
ENERO – DICIEMBRE, 2014

Característica	Complicaciones		Total
Edad < 20 años	13	21.7%	60
Nulípara	10	18.2%	90
Procedencia Rural	8	17.8%	42
Pre término	6	13.6%	78
Post término	2	12.5%	69
No Cesárea previa	14	11.0%	45
0 a 5 CPN	7	10.4%	65
Procedencia Urbanomarginal	6	8.7%	127
A término	11	8.3%	55
Gran Multipara	1	8.3%	75
Cesárea Previa	5	7.7%	50
Primípara	5	6.7%	12
Procedencia Urbano	5	6.4%	44
6 a más CPN	8	6.4%	132
Multipara	3	6.0%	16
Edad 35 a más años	2	4.8%	67
Edad 20 a 34 años	4	4.4%	125